

ANALISIS PENCAPAIAN IMPAS-BIAYA RUMAH SAKIT UMUM PEMERINTAH DALAM RANGKA PELAYANAN BAGI MASYARAKAT MISKIN: STUDI KASUS JAWA TENGAH

Bambang Hartono

Pusat Data dan Informasi Depkes

COST RECOVERY ANALYSIS OF PUBLIC GENERAL HOSPITALS IN SERVING POOR COMMUNITY: A CASE OF CENTRAL JAVA

Abstract. *The study is a systematic empirical analysis to test some hypotheses. The objectives were (1) to analyze the sufficiency of government subsidy for poor people to cover the cost of hospital care for the hospital to reach cost recovery, and (2) to test whether economic theories can be used to analyze factors affecting the sales volume of product/service of public general hospital.*

Population studied were 35 general hospitals owned by district governments in Central Java. From each hospital four year time series data were taken (pooling method), so that there were 140 observations (at the end there were only 136 observations, since four observations could not be done due to incompleteness of the hospital records).

Analysis of government subsidy for poor community showed that the subsidy could only cover 5% of the hospital's yearly deficit (total yearly deficit is Rp. 1.5 billions in average). Meanwhile, correlation analysis revealed that only two variables having significance and strong correlation with sales volume of hospital's product/service, i.e. incidence of disease and spending for social marketing. Other variables had no correlation with sales volume of product/service, or the correlations were very weak. Multivariate analysis showed that only incidence of disease, consumer's income, geographic condition, and coverage of insurance, represented in a regression model, were affecting sales volume of hospital's product/service. Results of the study confirmed that neoclassic economics theories are not suitable to analyze problems faced by government owned general hospitals. Sales volume of product/service of public general hospital was more determined by incidence of disease and consumer's motivation created by providers, especially physicians, not by variables regarded as dominant by neoclassic economics theories. The motivation was likely created through abuse of agency relationship which produces supplier-induced demand

Keyword : Health services for the poor, Hospital management, Health economics

PENDAHULUAN

Banyak pihak berpendapat bahwa Rumah Sakit dapat dianggap sebagai perusahaan^(1,2,3,4). Beberapa waktu yang lalu, sejumlah Rumah Sakit, yaitu milik Pemerintah Pusat, berstatus perusahaan jawatan (perjan). Dengan terbitnya

Undang-undang Nomor 19 tahun 2001 tentang Badan Usaha Milik Negara, Rumah Sakit-Rumah Sakit tersebut bahkan harus memilih apakah akan menjadi perusahaan umum (perum) atau perseroan⁽⁵⁾. Kencenderungan ini menimbulkan keragu-raguan bagi pihak manajemen Rumah Sakit dalam setiap pengambilan

keputusannya. Pemerintah DKI Jakarta yang dengan Peraturan Daerah (Perda) Nomor 15 tahun 2004 telah mulai mengubah Rumah Sakit Umum Daerahnya (RSUD Pasar Rebo) menjadi Perseroan Terbatas, mendapat banyak tentangan termasuk dari Departemen Kesehatan^(6,7).

Pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan Rumah Sakit, memang persoalan yang “tidak secara tegas dinyatakan” sebagai persoalan ekonomi⁽⁴⁾. Kesehatan dianggap sesuatu yang “khusus”. Hubungan antara dokter dan pasien misalnya, tidak sama dengan hubungan antara penjual sepeda motor dan pembelinya. Namun demikian, beberapa ahli menyatakan bahwa jasa atau pelayanan kesehatan, meskipun berbeda dibanding barang ekonomi lain, dapat diperlakukan menggunakan perangkat analisis ekonomi neoklasik^(4, 8, 9, 10, 11, 12). Akan tetapi, apa pun status Rumah Sakit, ia diwajibkan oleh pemerintah untuk menyediakan sebagian pelayanannya (50% – 75%) bagi masyarakat miskin^(13,14,15,16). Dalam kondisi yang seperti itu, Rumah Sakit diharapkan dapat bertahan hidup dan menjaga kesehatan organisasi, dengan mengupayakan, setidaknya, tercapainya impas biaya (*cost recovery*). Yaitu seberapa besar biaya pengeluaran total (*total cost*) dapat ditutup oleh pendapatan total (*total revenue*) dari pelayanan yang diselenggarakannya. Memang, untuk menyelenggarakan pelayanannya, khususnya bagi masyarakat miskin, Rumah Sakit mendapat subsidi dari Pemerintah. Namun demikian, dari laporan-laporan yang diterima Departemen Kesehatan, tampak bahwa sebagian besar Rumah Sakit milik Pemerintah (khususnya Pemerintah Daerah) selalu mengalami defisit⁽¹⁷⁾. Bertolak dari kenyataan tersebut di atas, penelitian ini diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan berikut.

1. Membuktikan cukup/tidaknya subsidi Pemerintah bagi masyarakat miskin kepada Rumah Sakit dalam kaitannya dengan upaya Rumah Sakit mencapai impas biaya (*cost recovery*).
2. Membuktikan dapat/tidaknya teori ekonomi neoklasik digunakan untuk menganalisis volume penjualan produk/jasa Rumah Sakit Umum Pemerintah dalam rangka mencapai impas biaya (*cost recovery*).

BAHAN DAN CARA

Penelitian ini diselenggarakan selama delapan bulan, yaitu dalam bulan Juli sampai dengan Desember 2004, sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Doktor Ilmu Ekonomi (penyusunan disertasi). Tempat penelitian adalah Provinsi Jawa Tengah, yaitu Rumah Sakit-Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) milik Pemerintah Kabupaten dan Pemerintah Kota. Pemilihan Jawa Tengah sebagai lokasi penelitian ini, selain karena keterbatasan dana, waktu, dan sumber daya lain, adalah karena Jawa Tengah dapat mewakili kondisi Indonesia secara umum. Wilayahnya merupakan kombinasi antara daerah perkotaan (*urban*) dan daerah perdesaan (*rural*), sehingga kondisi masyarakatnya pun cukup heterogen, baik dari segi pendapatan (keadaan ekonomi) maupun dari aspek-aspek lain seperti pendidikan dan perilaku budaya.

Penelitian ini bukan suatu survei, karena tidak dilakukan pengambilan sampel. Seluruh populasi yang ada dijadikan objek penelitian⁽¹⁸⁾. Semua RSUD Kabupaten dan RSUD Kota yang ada di Provinsi Jawa Tengah, yaitu sebanyak 35 buah, diambil sebagai objek penelitian. Namun, kemudian dilakukan *pooling* data⁽¹⁸⁾, yaitu dari setiap RSUD dikumpulkan data selama empat tahun (2001, 2002,

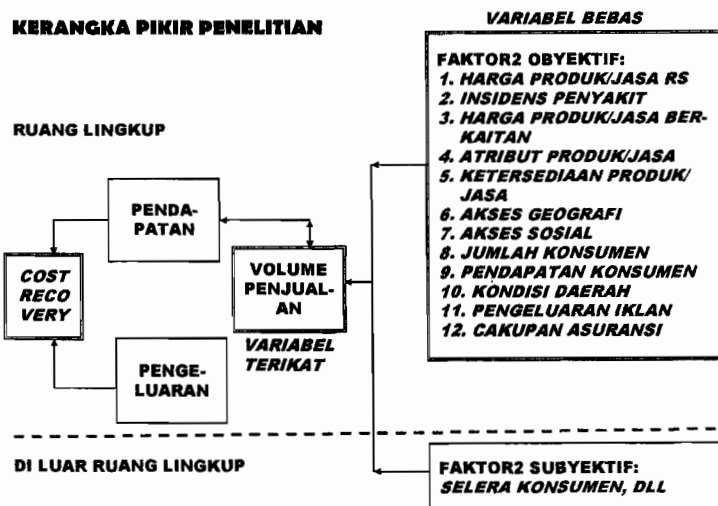
2003, dan 2004), sehingga diharapkan diperoleh obyek penelitian sebanyak 140 unit. Tetapi ternyata terdapat Rumah Sakit yang tidak memiliki laporan tahunan yang baik untuk tahun-tahun tertentu. Dengan demikian ditetapkan hanya 136 unit obyek penelitian. Data yang diambil adalah data sejak tahun 2001 (bukan sejak sebelumnya) agar didapat kesamaan dalam rentang waktu pelaporan. Sejak tahun 2001 sampai saat ini diterapkan rentang tahun anggaran baru yang diawali pada bulan Januari dan diakhiri pada bulan Desember (sebelumnya berlaku rentang waktu anggaran yang diawali pada bulan April dan diakhiri pada bulan Maret).

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah Volume Penjualan Produk/Jasa Rumah Sakit. Sedangkan variabel bebasnya sebanyak 12 variabel, yaitu: (1) Insidens Penyakit, (2) Harga Produk/Jasa Rumah Sakit, (3) Harga Produk/Jasa yang Berkaitan, (4) Atribut (kelengkapan) dari Produk/Jasa, (5) Ketersediaan Produk/Jasa, (6) Akses Geografi, (7) Akses Sosial, (8) Jumlah Konsumen, (9) Pendapatan Konsumen, (10) Kondisi Daerah, (11) Pengeluaran untuk Iklan, dan (12) Cakupan Asuransi. Dengan demikian, maka dapat

digambarkan kerangka pikir penelitian ini pada skema di bawah.

Adapun hipotesis yang dibuktikan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

1. Pendapatan Rumah Sakit Pemerintah yang diperoleh dari subsidi pemerintah untuk membayar produk/jasa yang dikonsumsi masyarakat miskin yang berlaku saat ini (tahun 2004) tidak cukup untuk menutup biaya Rumah Sakit, sehingga impas biaya (*cost recovery*) pada umumnya tidak tercapai.
2. Teori ekonomi neoklasik dapat diterapkan untuk menganalisis kinerja Rumah Sakit Pemerintah dalam mencapai impas biaya (*cost recovery*), karena:
 - a. Volume penjualan produk/jasa Rumah Sakit (variabel terikat) dipengaruhi oleh 12 variabel bebas sebagaimana tercantum dalam kerangka pikir tersebut di atas.
 - b. Semua faktor pengaruh (variabel bebas) tersebut memiliki peran (koefisien determinasi) yang besar terhadap volume penjualan produk/jasa Rumah Sakit.



HASIL PENELITIAN

Setelah dilakukan verifikasi data, *data entry*, pengujian data (*missing value* dan *outlier*), dan uji persyaratan (kenormalan, kelinieran, otokorelasi, multikolinieritas, dan heteroskedastisitas), pengolahan dan analisis data penelitian ini menunjukkan hasil-hasil sebagai berikut.

A. Analisis Deskriptif

1. Impas Biaya

Dengan tidak diperhitungkannya pendapatan Rumah Sakit dari segmen masyarakat miskin (subsidi Pemerintah), ternyata hanya sedikit sekali (14,7%) Rumah Sakit yang dapat mencapai impas biaya (*cost recovery*). Sebagian besar, yaitu 85,3% tidak berhasil mencapai impas biaya.

2. Pendapatan dan Biaya RS

Pendapatan total Rumah Sakit pada umumnya memang lebih rendah dibanding pengeluaran biaya totalnya. Rata-rata pendapatan Rumah Sakit setiap tahunnya adalah Rp 6.384.273.177. Padahal pengeluaran biaya totalnya setiap tahun rata-rata adalah Rp 8.038.034.619. Dengan demikian, Rumah Sakit mengalami ketekoran rata-rata sebesar Rp 1.653.761.441 setiap tahun.

3. Volume Penjualan Produk/Jasa RS

Sejalan rendahnya pendapatan Rumah Sakit, diketahui pula bahwa volume penjualan produk/jasa Rumah Sakit pada umumnya juga rendah. Rumah Sakit hanya mampu menjual rata-rata 0,59 dari produk/jasanya.

Rata-rata hari rawat untuk rawat inap di Rumah Sakit adalah 37.528

hari dalam setahun. Sebagian besar (79,4%) memberikan hanya $\leq 0,25$ produk/jasanya kepada segmen masyarakat miskin. Memang, rata-rata hari rawat yang digunakan oleh segmen masyarakat miskin dalam setahun pun hanya 5.809 hari, padahal rata-rata hari rawat yang digunakan oleh segmen masyarakat mampu dalam setahun adalah 29.628 hari.

Panjang hari rawat rata-rata perorang atau *Average Length of Stay (ALOS)* adalah 3,42 hari. *ALOS* digunakan untuk melihat berapa hari rata-rata seorang pasien dirawat di Rumah Sakit untuk setiap episode perawatan.

B. Pengujian Hipotesis

1. Analisis Bivariat

Analisis bivariat menunjukkan hanya variabel-variabel berikut yang memiliki hubungan bermakna.

- 1) Ada hubungan antara insidens penyakit dan volume penjualan. Nilai r adalah 0,482 (hubungan cukup kuat dengan arah positif).
- 2) Ada hubungan antara pendapatan konsumen dan volume penjualan. Nilai r adalah -0,220 (hubungan relatif lemah dengan arah negatif).
- 3) Ada hubungan antara atribut (kelengkapan) produk/jasa dan volume penjualan. Nilai r adalah 0,184 (hubungan lemah dengan arah positif).
- 4) Ada hubungan antara ketersediaan produk/jasa dan volume penjualan. Nilai r adalah 0,201 (hubungan lemah dengan arah positif).
- 5) Ada hubungan antara kondisi daerah dan volume penjualan. Nilai

r adalah -0,175 (hubungan lemah dengan arah negatif).

- 6) Ada hubungan antara pengeluaran untuk iklan (pemasaran sosial) dan volume penjualan. Nilai r adalah 0,312 (hubungan cukup kuat dengan arah positif).
- 7) Ada hubungan antara cakupan asuransi dan volume penjualan. Nilai r adalah 0,195 (hubungan relatif lemah dengan arah positif).

2. Analisis Multivariat

Bentuk persamaan regresi yang digunakan dalam analisis peran atau kontribusi adalah sebagai berikut.

$$Y = \alpha_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_k X_k + \epsilon$$

Setelah dilakukan perhitungan terhadap nilai konstanta, disimpulkan bahwa koefisien konstanta berpengaruh terhadap persamaan regresi. Bertolak dari uji multikolinieritas, untuk menghindari multikolinieritas, variabel jumlah konsumen (X_8) di-drop, sehingga hanya sebelas variabel yang diikutsertakan dalam analisis sebagai variabel bebas (*predictor*). Perhitungan koefisien β menunjukkan variabel yang dapat dimasukkan ke dalam persamaan hanya insidens penyakit (X_1), pendapatan konsumen (X_9), kondisi daerah (X_{10}), dan cakupan asuransi (X_{12}), dengan persamaan regresi:

$$Y = 0,444 + 7,902.10^{-5} X_1 - 524.10^8 X_9 - 0,002 X_{10} + 0,264 X_{12} + \epsilon$$

Akan tetapi, dengan persamaan tersebut, ternyata koefisien determinasi

(R^2) yang diperoleh hanya 0,369. Ini berarti bahwa variabel volume penjualan produk/jasa Rumah Sakit yang dapat dijelaskan oleh keempat variabel hanya <40%. Sebesar >60% pengaruh berada di luar keempat variabel tersebut.

PEMBAHASAN

A. Penjualan Produk/Jasa dan Impas Biaya

Penelitian ini ternyata mengkonfirmasi hasil penelitian yang dilakukan oleh Hasbullah Thabrany dan kawan-kawan⁽¹⁹⁾. Cara pemberian pelayanan kesehatan yang selama ini dilaksanakan memang mengandung kelemahan. Pelayanan kesehatan dilepaskan sepenuhnya kepada mekanisme pasar, dengan memberikannya sesuai kemampuan dan kemauan konsumen untuk membayar. Akibatnya, masyarakat mampu yang lebih banyak menikmati pelayanan.

Namun demikian, walaupun Rumah Sakit sudah melanggar ketentuan Menteri Kesehatan, yaitu dengan memberikan porsi lebih besar kepada masyarakat mampu untuk menikmati produk/jasanya, Rumah Sakit tetap belum mampu mencapai impas biaya (*cost recovery*). Salah satu penyebabnya adalah karena Rumah Sakit belum mampu memaksimumkan volume penjualan produk/jasanya (rata-rata hanya mampu menjual 0,59). Oleh karena itu, sesungguhnya masih tersedia cukup ruang untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat miskin.

Penyebab lain adalah rendahnya subsidi yang diberikan Pemerintah untuk membayar pelayanan Rumah

Sakit yang dikonsumsi masyarakat miskin. Pemerintah hanya mampu memberikan subsidi untuk masyarakat miskin sebesar Rp. 4.000/orang/bulan atau Rp. 48.000 /orang/tahun, atau Rp 14.000 per-hari rawat (yaitu Rp 48.000 : 3,42) atau Rp 81.326.000 setahun. Subsidi Pemerintah ini ternyata hanya dapat menutup 5% dari defisit yang terjadi, sehingga wajar jika sebagian besar Rumah Sakit tidak mampu mencapai impas biaya.

B. Faktor-faktor Pengaruh Terhadap Volume Penjualan

Melihat hasil analisis-analisis tersebut di atas secara umum dapat disimpulkan bahwa teori ekonomi neoklasik ternyata tidak dapat diterapkan secara apa adanya dalam menganalisis Rumah Sakit Umum milik Pemerintah. Harga, baik harga produk/jasa Rumah Sakit maupun harga produk/jasa yang berkaitan, dalam penelitian ini ternyata tidak berpengaruh terhadap volume penjualan produk/jasa Rumah Sakit. Walaupun pendapatan konsumen berpengaruh terhadap volume penjualan produk/jasa, ternyata hubungannya bersifat negatif. Ini bermakna bahwa produk/jasa Rumah Sakit Umum Pemerintah sesungguhnya menjadi produk inferior manakala pendapatan konsumen meningkat. Memang, pada saat suatu wilayah berkembang menjadi perkotaan (proporsi perkotaan meningkat), akan semakin baik infrastruktur daerah tersebut, sehingga memungkinkan tumbuhnya Rumah Sakit Umum Swasta sebagai pesaing dari Rumah Sakit Umum Pemerintah. Itulah sebabnya maka dalam analisis multivariat, walaupun kondisi daerah muncul sebagai faktor pengaruh, tetapi sifat hubungannya dengan volume penjualan produk/jasa Rumah Sakit juga

negatif. Artinya, semakin berkembang suatu daerah menjadi perkotaan, semakin berkurang konsumen yang memanfaatkan produk/jasa Rumah Sakit Umum Pemerintah. Salah satu kemungkinan penyebabnya adalah karena sebagian konsumen, yaitu yang pendapatannya telah meningkat, akan mengalihkan konsumsinya ke Rumah Sakit Umum Swasta. Memang banyak ahli, misalnya Feldstein⁽⁸⁾, menyatakan bahwa “keluarga yang memiliki pendapatan lebih tinggi, akan lebih banyak pengeluarannya untuk pelayanan medis”. Tetapi untuk produk/jasa pelayanan Rumah Sakit Umum milik Pemerintah hal ini tidak berlaku. Tampaknya Rumah Sakit Umum Pemerintah dilekati oleh stigma buruknya pelayanan, sehingga meningkatnya pengeluaran untuk pelayanan medis tidak untuk membeli produk/jasa Rumah Sakit Umum Pemerintah. Folland S *et al*⁽⁴⁾ menyatakan bahwa “elastisitas pendapatan bisa positif untuk barang-barang normal atau negatif untuk barang-barang inferior.” Apa lagi jika tingkat pendidikan konsumen pun telah meningkat pula. Umumnya, masyarakat yang memiliki pendidikan tinggi memilih pelayanan kesehatan yang berkualitas lebih baik^(19, 20). Bahkan terdapat kemungkinan konsumsi itu beralih ke produk/jasa non-kesehatan, sebagaimana disinyalir oleh Folland S *et al*⁽⁴⁾ yang menyatakan bahwa “peningkatan pendapatan meningkatkan proporsi belanja untuk hal-hal yang mewah dan menurunkan proporsi belanja untuk hal-hal yang seharusnya dipenuhi”.

Jika mengacu kepada hasil analisis multivariat yang menunjukkan kecilnya koefisien determinasi ($R^2 = 0,369$), dapat dikatakan bahwa teori hubungan keagenanlah (agency

relationship) yang lebih tepat digunakan untuk menganalisis pemanfaatan produk/jasa Rumah Sakit Umum Pemerintah ⁽²¹⁾.

Maka menjadi jelas kiranya bahwa untuk Rumah Sakit Umum Pemerintah, dua hal sangat penting untuk dipertimbangkan, yaitu: (1) Konsumen setia adalah masyarakat miskin, dan (2) Keputusan untuk memanfaatkan produk/jasa Rumah Sakit diambil melalui mekanisme hubungan keagenan (*agency relationship*). Kondisi tersebut akan lebih kuat lagi eksistensinya pada saat terjadi keadaan genting di kalangan konsumen, yaitu dalam periode kejadian luar biasa. Analisis membuktikan adanya hubungan yang cukup kuat antara insidens penyakit dengan volume penjualan produk/jasa Rumah Sakit ($r = 0,482$).

Secara umum produk/jasa Rumah Sakit dapat digolongkan ke dalam barang privat. Akan tetapi jika diingat bahwa beberapa pelayanan medis memiliki eksternalitas seperti misalnya pelayanan imunisasi dan pengobatan penyakit menular, maka tampaknya produk/jasa Rumah Sakit tidak sepenuhnya dapat dikategorikan sebagai barang privat. Bahkan bila dirujuk kepada Rumah Sakit Umum Pemerintah yang harus melayani masyarakat miskin, produk/jasa Rumah Sakit lebih tepat jika dimasukkan ke dalam kategori barang sosial (*merit goods*) ^(22, 23).

Jika demikian, maka untuk produk/jasa Rumah Sakit, khususnya Rumah Sakit Pemerintah, peran Pemerintah sangat penting, terutama berkaitan dengan produk/jasa Rumah Sakit yang berbentuk barang publik (*public goods*) dan barang sosial (*merit goods*). Dalam hal ini Sherman Folland

et al menyatakan bahwa “di mana dokter dan pasien memiliki informasi yang sebanding tentang kesehatan, atau para dokter berperan sebagai agen atau konsultan yang sangat peduli dengan kesejahteraan pasien, *supplier-induced demand* tidak akan ada” ⁽⁴⁾. Untuk itu, peran Pemerintah sebagai regulator harus ditegakkan. Telah banyak peraturan perundang-undangan yang berpihak kepada rakyat (konsumen), namun pelaksanaannya masih belum efektif.

Supplier-induced demand terjadi karena adanya ketimpangan informasi di bidang kesehatan antara pemberi pelayanan kesehatan dengan konsumen kesehatan ⁽²¹⁾. Dengan demikian, maka upaya pemberian informasi kepada konsumen (masyarakat) juga merupakan sesuatu yang penting. Dalam penelitian ini terungkap adanya hubungan positif yang cukup kuat antara volume penjualan produk/jasa Rumah Sakit dengan pengeluaran untuk iklan ($r = 0,312$). Dalam hal ini istilah iklan hendaknya diterjemahkan sebagai pemasaran sosial atau promosi kesehatan. Bila upaya promosi kesehatan dapat dilaksanakan dengan baik oleh Rumah Sakit, maka hubungan keagenan antara pemberi pelayanan dengan pasiennya tidak lagi disalahgunakan. Para pemberi pelayanan menjadi sangat peduli dengan kesejahteraan pasiennya, sehingga kebutuhan dan aspirasi pasien tersalur dengan baik. Pada saatnya *supplier-induced demand* akan hilang.

Variabel lain yang memiliki hubungan positif dengan volume penjualan produk/jasa Rumah Sakit dalam penelitian ini adalah cakupan asuransi ($r = 0,195$). Dasar dari asuransi kesehatan adalah menghilangkan

ketidak-pastian seseorang dari kemungkinan kebutuhan pengobatan, *ceteris paribus*, yaitu ketidakpastian dalam hal insidens penyakit dan biaya pengobatan atau perawatan⁽¹⁹⁾. Dengan demikian, perluasan cakupan asuransi juga merupakan sesuatu yang penting untuk dilaksanakan oleh Rumah Sakit.

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari hasil analisis dan interpretasi yang telah diuraikan di depan, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut.

1. Hipotesis pertama penelitian ini, yaitu "Pendapatan RSU Pemerintah dari subsidi Pemerintah untuk membayar produk/jasa yang dikonsumsi masyarakat miskin yang berlaku saat ini tidak cukup untuk menutup pengeluaran biaya Rumah Sakit, sehingga impas biaya (*cost recovery*) Rumah Sakit pada umumnya tidak tercapai" ternyata terbukti. RSU Pemerintah pada umumnya mengalami defisit setiap tahunnya, dan subsidi yang diberikan oleh Pemerintah hanya dapat menutup 5% dari seluruh defisit tersebut. Agar RSU Pemerintah dapat mencapai impas biaya dan tetap dapat meningkatkan pelayanannya bagi masyarakat miskin, maka subsidi Pemerintah harus ditingkatkan. Bila akan dikembangkan subsidi silang dari masyarakat mampu kepada masyarakat miskin, harga (rawat inap, diagnostik, dan obat) bagi masyarakat mampu harus dinaikkan (dengan teknik dan perhitungan diskriminasi harga).

2. Hipotesis kedua dari penelitian ini, yaitu "Teori Ekonomi Neoklasik dapat diterapkan untuk menganalisis kinerja RSU Pemerintah dalam mencapai impas biaya" ternyata tidak sepenuhnya terbukti. Faktor-faktor yang selama ini oleh teori ekonomi neoklasik dianggap berpengaruh besar terhadap volume penjualan produk/jasa, ternyata tidak memiliki korelasi yang bermakna dengan volume penjualan produk/jasa RSU Pemerintah. Hubungan yang cukup kuat dan dengan arah positif hanya terjadi antara volume penjualan produk/jasa RSU Pemerintah dengan insidens penyakit dan pengeluaran untuk iklan. Jadi, tampaknya dalam hal peningkatan volume penjualan produk/jasa RSU Pemerintah, yang berperan adalah kejadian meningkatnya insidens penyakit dan pengaruh dari petugas Rumah Sakit. Dengan demikian, analisis ekonomi neoklasik memang tidak dapat digunakan sepenuhnya untuk mengupas permasalahan yang dihadapi RSU Pemerintah. Pengaruh yang dilakukan oleh petugas pun selanjutnya lebih banyak diwarnai oleh hubungan keagenan (*agency relationship*) yang menimbulkan *supplier-induced demand*.

B. Saran

1. Untuk Departemen Kesehatan:

- a. Departemen Kesehatan (Depkes) hendaknya konsisten dengan sikap tidak mengubah Rumah Sakit Pemerintah menjadi perusahaan komersial dan terus meningkatkan otonomi

Rumah Sakit Pemerintah di bidang manajemen.

- b. Depkes hendaknya meningkatkan subsidi RSUD Pemerintah guna membiayai pelayanan bagi masyarakat miskin. Subsidi ini hendaknya terus ditingkatkan besarnya, sehingga pada saatnya Rumah Sakit dapat mencapai impas biaya (*cost recovery*).
- c. Bagi Rumah Sakit Umum Pemerintah, Depkes hendaknya membuat Pedoman yang menekankan pentingnya promosi kesehatan di Rumah Sakit, meningkatkan cakupan asuransi kesehatan, dan menerapkan diskriminasi harga secara tepat untuk mengembangkan subsidi silang antar-konsumen.
- d. Di samping itu, dalam rangka mengantisipasi ekonomi liberal yang tampak tidak terbendung, Depkes perlu menerapkan dengan konsekuen dan konsisten berbagai macam peraturan seperti misalnya peraturan tentang peran swasta, tentang subsidi pemerintah agar tidak jatuh ke tangan swasta yang *for profit*, tentang kewajiban Rumah Sakit melaksanakan *quality assurance*, dan tentang pengendalian pengadaan peralatan Rumah Sakit yang sangat mahal.

2. Untuk Pemerintah Kabupaten/Kota:

- a. Pemerintah Kabupaten/Kota hendaknya tidak terbawa arus pemikiran ekonomi neoklasik untuk menjadikan RSUD sebagai perusahaan komersial.

Apa lagi dengan memperlakukannya sebagai sumber pendapatan (PAD). Untuk itu perlu dilakukan langkah-langkah guna mengembalikan RSUD kepada fitrahnya sebagai organisasi kedermawanan (*charity*)^(24, 25), difokuskan untuk melayani masyarakat miskin dengan sistem subsidi penuh dari Pemerintah.

- b. Jika Pemerintah belum mampu memberikan subsidi penuh sehingga RSUD belum dapat difokuskan melayani hanya masyarakat miskin, hendaknya diciptakan sistem subsidi silang yang benar, sehingga RSUD dapat mencapai impas biaya. Yaitu dengan menerapkan teknik dan perhitungan diskriminasi harga yang benar.
- c. Pemerintah Kabupaten/Kota hendaknya mengupayakan agar RSUD menjadi Badan Layanan Umum (BLU), sehingga dapat menerapkan sistem pengelolaan keuangan BLU sebagaimana diatur dalam PP No. 23 Tahun 2005⁽²⁶⁾.

3. Untuk Manajemen Rumah Sakit:

- a. Jika sistem subsidi silang hendak diterapkan, manajemen RSUD Pemerintah harus lebih banyak upaya untuk meningkatkan pula volume penjualan kepada segmen masyarakat mampu, dengan jalan menghapus stigma dan mengubah citra melalui peningkatan mutu pelayanan.
- b. Dengan semakin majunya masyarakat, *supplier-induced demand* hendaknya berangsur-

angsur dihapuskan dan diganti dengan upaya promosi kesehatan yang benar, guna menjadikan konsumen berdaulat (*souvereign*) dalam pengambilan keputusannya untuk membeli/memanfaatkan produk / jasa Rumah Sakit.

4. Untuk Dunia Ilmu Pengetahuan:

Bagi perkembangan lebih lanjut ilmu ekonomi kesehatan, diperlukan kajian lebih luas dan lebih mendalam tentang hubungan keagenan (*agency relationship*) dan *supplier-induced demand* dalam “bisnis” pelayanan kesehatan; seberapa jauh ketidakpastian pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan kesehatan dasar, bisa dipertahankan sebagai alasan tidak berlakunya teori *expected utility*; dan seberapa jauh informasi tentang kesehatan dan pelayanan kesehatan dapat diberikan kepada masyarakat (pasien), sehingga mereka cukup memiliki kedaulatan (*sovereignty*) dalam pengambilan keputusan untuk mengonsumsi pelayanan kesehatan.

DAFTAR RUJUKAN

1. Salvatore, D. Managerial economics in a global economy, second edition. New York: McGraw-Hill; 1993.
2. Gaspersz, V. Ekonomi manajerial: pembuatan keputusan bisnis. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama; 2000.
3. Kotler, P. and Andreasen, A.R. Strategic marketing for nonprofit organizations. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; 1987.
4. Folland, S. *et al.* The economics of health and health care, third edition. London: Prentice-Hall International; 2001.
5. Republik Indonesia. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2001 tentang Badan Usaha Milik Negara.
6. Pemerintah Propinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta. Peraturan Daerah Propinsi DKI Jakarta Nomor 15 tahun 2004 tentang Perubahan Status Hukum Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan RSUD Pasar Rebo Menjadi Perseroan Terbatas Rumah Sakit Pasar Rebo dan Penyertaan Modal Pemerintah Propinsi DKI Jakarta Pada Perseroan Terbatas Rumah Sakit Pasar Rebo; 2004.
7. Thabrany, H. Rumah Sakit BUMN/BUMD: Menjebak diri? Jurnal Manajemen & Administrasi Rumah Sakit Indonesia 2002, 2 (3): 54-62
8. Feldstein, P.J. Health care economics. San Francisco: Delmar Publisher; 1999.
9. Donabedian, A. Aspect of medical care administration: specifying requirements for health care. Boston: Harvard University Press; 1986.
10. Newbrander, W. *et al.* Hospital economics and financing in developing countries. Geneva: World Health Organization; 1992.
11. Barnum, H. and Kutzin, J. Public hospitals in developing countries: resource use, cost, financing. A Worldbank Book. Baltimore: The John Hopkins University Press; 1993.
12. Schulz, R.S. and Johnson, A.C. Management of hospitals and health services: strategic issues and performance. St. Louis: Mosby; 1990.
13. Departemen Kesehatan R.I., Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159b/Menkes/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit, 1988.
14. Departemen Kesehatan R.I., Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 983/Menkes/SK/XI/1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum, 1992.
15. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Nomor HK.00.06.1.3.4812 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pola Tarif Rumah Sakit Pemerintah, 1997.
16. Departemen Kesehatan R.I., Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 582/Menkes/SK/VI/1997 tentang Pola Tarif Rumah Sakit Pemerintah, 1997.

17. Rochmad A, *et al.* Evaluasi Rumah Sakit Umum Swadana RSU Daerah Sebagai Unit Sosial Ekonomi. Jakarta: Ditjen Pelayanan Medik – WHO; 1999.
18. Sumodiningrat, G., 1999. Ekonometrika: Pengantar. Yogyakarta: BPFE; 1999.
19. Thabrany, H., editor. Pendanaan kesehatan dan alternatif mobilisasi dana kesehatan di Indonesia. Jakarta: Raja Grafindo Persada; 2005.
20. Thabrany, H. Health insurance and demand for medical care in Indonesia. Disertasi (Doktor). Berkeley: University of California; 1995.
21. Tjiptoherijanto, P. dan Soesetyo, B. Ekonomi kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 1994.
22. Gani, A. Rumah sakit sebagai public enterprise. Jurnal Manajemen & Administrasi Rumah Sakit Indonesia 2002; 2 (3): 64-78.
23. Buchanan JM. The collective works of James Buchanan Volume 5: The demand and supply of public goods. Indianapolis: Liberty Fund; 1999.
24. Mohammad, K. Hubungan kerja dokter-rumah sakit dan implikasi hukumnya. Medika (1) XXI, Januari 1995: 76-78.
25. Hilman I. Tinjauan implementasi kode etik kedokteran dalam institusi pelayanan kesehatan (t.u. Rumah Sakit). <http://www.pdpersi/makersi/makersi.php3>; 2003.
26. Republik Indonesia. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum.
